



TITLE:

# 限局性腺性尿管炎 - 尿管腺癌と関連して -

AUTHOR(S):

高橋, 義人; 米田, 尚生; 堀江, 正宣; 磯貝, 和俊; 栗山, 学; 坂, 義人; 河田, 幸道

---

CITATION:

高橋, 義人 ...[et al]. 限局性腺性尿管炎 - 尿管腺癌と関連して -. 泌尿器科紀要 1988, 34(6): 1031-1034

ISSUE DATE:

1988-06

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/119603>

RIGHT:

# 限 局 性 腺 性 尿 管 炎

—尿管腺癌と関連して—

大垣市民病院泌尿器科 (部長: 磯貝和俊)

高橋 義人\*, 米田 尚生, 堀江 正宣, 磯貝 和俊

岐阜大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 河田幸道教授)

栗 山 学, 坂 義 人, 河 田 幸 道

## URETERITIS GLANDULARIS: A CASE REPORT

Yoshito TAKAHASHI, Hisao KOMEDA, Masanobu HORIE and Kazutoshi ISOGAI

*From the Department of Urology, Ogaki Municipal Hospital*

*(Chief: Dr. K. Isogai)*

Manabu KURIYAMA, Yoshihito BAN and Yukimichi KAWADA

*From the Department of Urology, Gifu University School Medicine*

*(Director: Prof. Y. Kawada)*

A 50-year-old Japanese male hospitalized with the complaint of fever and pyohematuria. An excretory pyelography revealed the right hydronephroureter due to right ureteral stone. When the ureterolithotomy was carried out, a wide-based and rice-sized tumor co-existed at the site of the epithelium of the ureter lithotomized. Resected tumor was pathologically confirmed as poorly differentiated adenocarcinoma with mitosis. Therefore, total nephroureterectomy with bladder cuff resection was done at 10 days after the first operation. However, malignant cells were not found in the surgical specimen or histologically diagnosed localized glandular ureteritis. He is alive without any evidence of recurrence. It was reported that the glandular metaplasia, a relative rare lesion in the ureter, was correlated with carcinogenesis of adenocarcinoma in urothelium. However, when the lesion is small and localized such as in this case it should be treated with ureterectomy and addition of other suitable adjuvant therapies. Furthermore, endourological techniques which have been recently dramatically progressed may become a weapon against this lesion for both treatment and follow-up.

(Acta Urol. Jpn. 34: 1031~1034, 1988)

**Key words:** Ureteritis, Ureteritis glandularis, Ureteral tumor, Endourological surgery

### 緒 言

非特異的増殖性尿路炎症は、病因および癌化の問題を中心に種々議論がなされている。主として増殖性膀胱炎について議論がなされており、ureteritis glandularis をはじめとして、尿管炎については、ほとんど言及されていない。最近私達は、この稀なureteritis glandularis の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

### 症 例

患者: 50歳, 男性, 左官業

主訴: 血膿尿, 発熱

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 慢性両膝関節水腫にて、某整形外科に入院加療中

現病歴: 上記疾患にて某整形外科入院加療中に、発熱、血膿尿をきたした。尿路造影にて右尿管結石、右水腎症が明らかとなり、1985年9月9日大垣市民病院泌尿器科初診となった。

現症: 体格中等、栄養良好、脈拍84/分整。理学的検査にて、胸腹部に異常を認めなかった。

諸検査成績: RBC  $488 \times 10^4/\text{mm}^3$ , Hb 14.4 g/dl, WBC  $8,400/\text{mm}^3$ , PLT  $26.7 \times 10^4/\text{mm}^3$ , 出血時間2分, 凝固時間開始4分17秒終了25分6秒, T.P. 8.8 g/dl, Alb 3.8 g/dl, T.Bil 0.6 mg/dl, GOT 22 KU, GPT 12 KU  $\gamma$ GTP 14 mu/ml, AlP 9.4 KAU, ChE 1.11 4ph, LDH 297 Wro-U, BUN 11.9 mg/dl, Cr 0.6 mg/dl, Na 143 mEq/l, K 4.4 mEq/l, Cl 106

\* 現: 岐阜大学医学部泌尿器科学教室

mEg/l, 尿沈渣 WBC +/hpf, RBC +/hpf, 細菌 -/hpf, 尿培養 陰性, 自排尿細胞診 class II.

膀胱鏡検査において特に異常は認められなかった. KUB にて第5腰椎下縁レベルに, 25×10 mm の結石陰影を認めた. 排泄性腎盂造影において, 左側は異常を認めなかったが, 右側は, 造影剤の排泄が遅延しており, 水腎水尿管を呈していた. 以上より, 右尿管結石, および右慢性腎盂炎の急性増悪と診断した.

手術所見: 症状の軽快ののち, 1985年9月27日, 腰麻下に右尿管切石術を施行した. 結石の存在する部位の尿管と周囲は癒着を認め, 一部鋭的な剝離を要した. 結石摘出後, 尿管粘膜を観察すると, 結石存在部直下の粘膜に小豆大のやや充血した浮腫状, 広基性の腫瘤を認めた. この粘膜を生検標本として病理診断に提出した.

術後経過: 術後経過は順調であった. 第8病日に退院予定であったが, 同日判明した生検の病理組織診断が poorly differentiated adenocarcinoma であったので, 入院継続の上, 精査を続けた. 第10病日に排泄性尿路造影を施行した. 右尿管に術後性浮腫に起因すると考えられる限局性の壁不整を認めるのみであった (Fig. 1). 逆行性右腎盂造影においても同様の所見であった. 6 Fr の尿管カテーテルは右尿管を容易に通過し, 特に抵抗は認められなかった (Fig. 2). 右尿管の切石術施行部より下部に尿管カテーテルを留

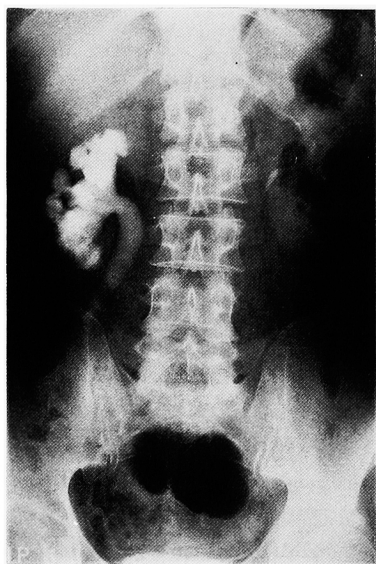


Fig. 1. Excretory urography after right ureterolithotomy showed localized irregular filling defect in the right ureter caused by postoperative edema.

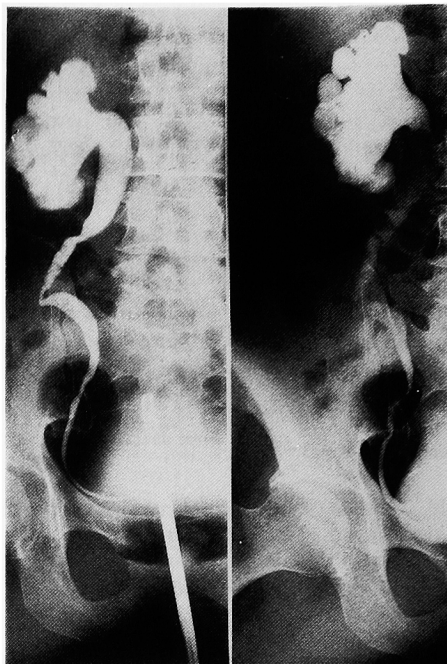


Fig. 2. Retrograde urography revealed the same findings as the excretory urography. Right ureteral catheterization with 6 Fr. catheter was smooth with no resistance.

置したうえで, lavage cytology を施行したところ class IIIa であった.

再手術所見 1985年10月11日右尿管腫瘍の診断にて, 右腎尿管全摘術兼膀胱壁切除術を施行した. 右腰部斜切開にて後腹膜腔に到達, 右腎摘出術を施行した. 右腎門部, 下大静脈周囲にリンパ節転移などを思わせる所見は認められなかった. 腰部斜切開創を前方に延長し, 前回の右傍正中切開創へ連結させ傍正中切開創を開創し, 尿管を離断することなく尿管周囲の剝離を下方に進めた. 切石術後の癒着を認めるのみであり, リンパ節転移を思わせるような所見は認められなかった. 右腎尿管および膀胱壁を en bloc に摘出した.

再手術後経過: 経過は良好であり, 1985年11月4日, 軽快退院した.

病理組織学的所見: 1) 生検標本, クロマチンに富む大型の核を有する腫瘍細胞が, 小型で不規則な腺管を形成しつつ, 粘膜下組織内で浸潤増生していた. 浮腫, 炎症細胞浸潤が認められた (Fig. 3). poorly differentiated adenocarcinoma と診断された. 2) 右腎尿管摘出標本, 肉眼的には切石術後の尿管粘膜に限局性の点状出血, 浮腫を認め, 他の部位の粘膜に異常は認められなかった (Fig. 4). 組織学的には glandular

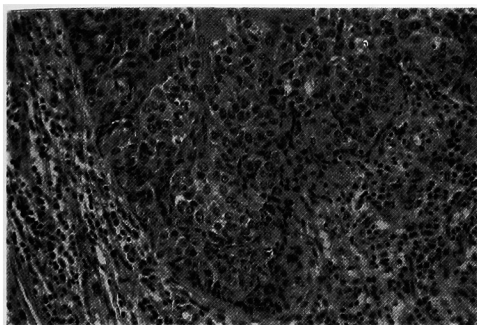


Fig. 3. Microscopic appearance of the biopsy was poorly differentiated adenocarcinoma.

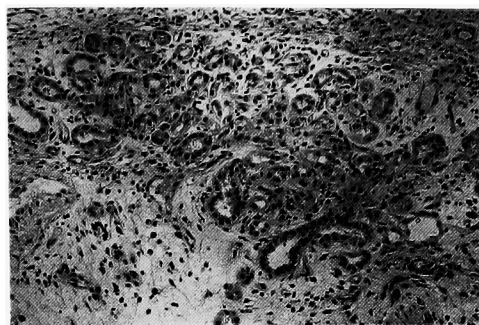


Fig. 5. Microscopic appearance of the surgical specimen demonstrated abortive glandular structure with goblet cell by colonic epithelial gland. There was no malignancy.

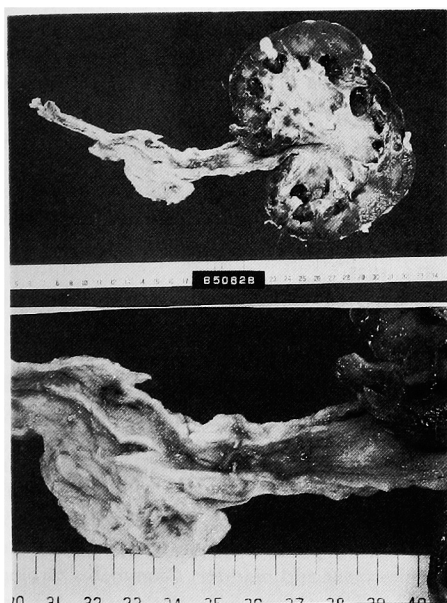


Fig. 4. Macroscopic appearance of the surgical specimen revealed localized edema and submucosal hemorrhage in the ureter after lithotomy.

成分は認められたが, abortive glandular stricture を呈しており密に小集団を形成していた。明らかな malignancy は確認できなかった。また goblet cell を有する color 上皮様腺管が散見された。localized ureteritis glandularis と診断された (Fig. 5)。

## 考 察

Ureteritis glandularis は、非常に稀であり、尿管に腺上皮が発育するものである<sup>1)</sup>。本邦における ureteritis glandularis の報告はわずかであり<sup>2)</sup>、同じ移行上皮よりなる膀胱に発生する cystitis glandularis

も、20例前後が報告されているにすぎない<sup>3,4)</sup>。

一般には化生による尿管粘膜の変化であるとされ、移行上皮が Brun's nest を形成し、ureteritis cystica となり、ureteritis glandularis 進行するという考えが多い<sup>1)</sup>。自験例で ureteritis glandularis は限局してみられたが、限局性尿管炎は尿路感染症の一部分症として腎盂腎炎と併発するのが一般的である<sup>5)</sup>。尿路結石により損傷を受けた粘膜に生じた細菌感染により発生するとする意見もあり<sup>6)</sup>、自験例の病歴はこれらとよく合致していた。

病理組織学的特徴は、goblet cell を有する円柱上皮下の粘膜下層に、陰窩、嚢胞が多数存在し、通常、リンパ球浸潤など炎症反応の随判を認めるとである<sup>1)</sup>。

既報告例において、症例数が少ないこともあり、特徴的を臨床症状は特定しにくく、診断は、摘出された標本においてなされることがほとんどである。尿管と同様の移行上皮よりなる腎盂膀胱において、腺性炎症、腺性化生と、adenocarcinoma、特に、mucinous adenocarcinoma との関連が指摘されており<sup>7-9)</sup>、自験例においても、最初、poorly differentiated adenocarcinoma の病理診断がなされており、carcinogenesis について興味深い1例と考えられた。

結石や慢性炎症が契機となり、粘膜の損傷が生じ、再生修復の過程で、化生を起しやすくなり<sup>10)</sup>、腺性化生を生じ、腺癌発生の前癌状態となると考えられている<sup>3,10)</sup>。自験例の全摘標本において、癌病変は発見されず、癌は微少なる生検標に見出されたのみであったが、自験例は、腺癌と腺性炎症の境界に存在したものであったと考えられた。尿路腺癌において、結石、慢性炎症の既往を認めない症例もあり<sup>11)</sup>、腺性化生、腺性炎症が adenocarcinoma の発生病理のすべてではないであろう。腺癌の診断は、病理学的に浸潤

と異型細胞の存在の確認が必要といわれている<sup>12)</sup>, 自験例のような微小腫瘍では, 腺性化生, 腺性炎症と, 腺癌の診断は困難であることも同時に指摘されており<sup>12)</sup>, 病理学的にきわめて近い病変を呈することから考えて, 発癌の大きな一因であると考えられた。

上部尿路の悪性腫瘍においては, 付属尿管口周囲の膀胱を含めた腎尿管全摘術が根治的治療とされている<sup>13)</sup>。自験例も生検で腺癌, それも予後不良である低分化型腺癌という病理診断を得, 根治的手術を施行した。retrospective ではあるが, 限局性であったことを考えると, *ex vivo* surgery, autplantation をも考慮した上での尿管部分切除術の適用であったかもしれない。また, 近年, endourology の進歩には目をみはるものがあり, nephroscope, ueteroscope は, 比較的容易かつ, 安全に施行可能となってきた。また, 集学的治療の進歩もあり, 外科的治療が唯一無二の治療ではなくなりつつある。上部尿路の悪性腫瘍をふくめた病変に対しても, 膀胱における TUR と同様に, endourological surgery を施行し, 嚴重な経過観察をすることで, 腎をはじめとした臓器保存が可能になってきたとも考えられる。上部尿路腫瘍において, 画像診断などを適格に行い, 術前診断を正確に下すことを前提に, 今までの画一的な腎尿管全摘術という治療法に対し, 再考を要する時期にきていると考えられる。この観点からも, 自験例は大いに示唆に富むものであったと思われる。

## 結 語

稀な腺性尿管炎の1例を報告し, 発生病理治療に関して若干の考察を加えた。

## 文 献

- 1) Caine M: Disease of the ureter. In: The

Ureter Bergman H 2nd ed. 1 Springer-Verlag New York Inc. New York, 1981

- 2) 宇山 健, 森脇昭介: 腺腫様ポリープを伴った ureteritis glandularis. 泌尿紀要 19: 499-506, 1973
- 3) 森山信男, 伊藤 一元, 馬淵 基樹, 杉山 喜彦: Cystitis glandularis の2例. 臨泌 33: 1013-1016, 1979
- 4) 西本憲治, 小野 浩, 平山多秋: Cystitis glandularis の1例. 西日泌尿 48: 907-910, 1986
- 5) 竹内敏視, 斉藤昭弘, 松田聖士, 嶋津良一, 栗山 学, 清水保夫, 西浦常雄: 異時性両側性の非特異性限局性尿管炎の1例. 泌尿紀要 30: 397-401, 1984
- 6) 戸塚一彦・奥村 哲, 矢崎恒忠, 川井 博: 原発性非特異性限局性尿管炎の1例. 臨泌 31: 63-66, 1977
- 7) Ackerman LV: Mucinous adenocarcinoma of the pelvis of the kidney. J Urol 55: 36-45, 1946
- 8) Salm R: Neoplasia of the bladder and cystitis cystica. Br J Urol 39: 67-72, 1967
- 9) Susmano D, Rubenstein AB, Dakin AR and Lyoyo FA: Cystitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder. J Urol 105: 671-674, 1971
- 10) Edward PD, Hurm RA and Jaschike WH: Conversion of cystitis glandularis to adenocarcinoma. J Urol 108: 568-570, 1972
- 11) 高橋義人, 松田聖士, 栗山 学, 坂 義人, 西浦常雄: 原発性腎盂腺癌. 泌尿紀要 32: 1509-1517, 1986
- 12) Brawer MK and Waisman J: Papillary adenocarcinoma of ureter. Urology 19: 205-209, 1982
- 13) Droller MJ: Transitional cell carcinoma: upper tract and bladder. Campbell's Urology Walsh PC, Gittes RE, Perlmutter AD and Stamy TA, 5th ed. vol 2 p. 1420, WB Saunders Company, Philadelphia, 1986

(1987年5月18日受付)